1886-1887 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX
N° 36

ÉTUDE

SUR

LA PATHOGÉNIE

DU DÉCOLLEMENT DE LA RÉTINE

ET

Son traitement par l'Iridectomie

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 4 MARS 1887

PAR

PAUL-MARIE PUECH
MÉDECIN DE LA MARINE
Né à Quimper (Finistère), le 12 Mai 1855.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS

MM. BADAL, *Président.*
DEMONS.
PIÉCHAUD.
RONDOT.

BORDEAUX
Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD
91, Rue Porte-Dijeaux, 91
—
1887

1886-1887 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX
N° 36

ÉTUDE

SUR

LA PATHOGÉNIE

DU DÉCOLLEMENT DE LA RÉTINE

ET

Son traitement par l'Iridectomie

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 4 MARS 1887

PAR

PAUL-MARIE PUECH

MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Quimper (Finistère), le 12 Mai 1855.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS

MM. BADAL, *Président.*
DEMONS.
PIÉCHAUD.
RONDOT.

BORDEAUX

Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD

91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. — M. DENUCÉ.. Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
BITOT..... }
MICÉ..... }

	Messieurs
Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ, agrégé.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE	
Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. LANDE.
SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS	
Pathologie externe	BOURSIER. PIÉCHAUD. LAGRANGE. POUSSON DUDON.
Accouchements	LEFOUR.
SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES	
Anatomie et Physiologie	PLANTEAU. FERRÉ.
Histoire naturelle	NABIAS.
SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES	
Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	BLAREZ.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enf. MM. NÉGRIÉ | Maladies vénériennes. MM. VENOT.
Clinique chir. des enf. BITOT. | Maladies mentales... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BADAL

Professeur de clinique ophtalmologique, chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PITON

Médecin de la marine.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT PUECH

Chef de clinique ophtalmologique.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIESVAUX

Médecin principal de la marine en retraite, officier de la Légion d'honneur.

A MES AMIS

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion de voir pratiquer plusieurs fois par M. le professeur Badal l'iridectomie dans les cas de décollement de la rétine, nous nous sommes demandé si cette nouvelle médication offrait une réelle supériorité sur ses devancières.

Il était essentiel de rechercher d'abord quels avaient été les moyens employés jusqu'à ce jour, de voir les résultats qu'ils pouvaient avoir donnés et ceux qu'ils donnaient encore. Ce qui frappe, en parcourant l'histoire des différentes médications employées contre le décollement, c'est l'enthousiasme que la plupart d'entre elles ont fait naître au début. Les cas heureux succèdent aux cas heureux, et tout à coup, nous voyons abandonner la médication, souvent sacrifiée par son promoteur même.

Notre peu d'expérience et notre trop faible pratique ne nous permettent pas la critique de tous les moyens préconisés contre une des plus redoutables des affections de l'œil. Aussi, nous sommes-nous simplement attaché à rechercher quels avaient été ces moyens et à les grouper. La pathogénie et l'étiologie de l'affection ayant la plupart du temps guidé les ophtalmologistes dans la recherche de la médication, nous les avons résumées dans un premier chapitre.

Le travail que nous présentons à la bienveillance de nos juges se trouve être divisé en quatre chapitres :

1° Etiologie et pathogénie du décollement rétinien.

2° Des différents traitements employés contre le décollement.

3° Théories et médications.

4° Observations.

Nous prions M. le professeur Badal de recevoir ici l'expression de notre profonde gratitude pour la bienveillance qu'il a bien voulu nous témoigner. Nous le remercions également d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse inaugurale, dont il nous a facilité la tâche en mettant à notre disposition les observations prises dans sa clinique.

ETUDE

SUR

LA PATHOGÉNIE

DU DÉCOLLEMENT DE LA RÉTINE

ET

SON TRAITEMENT PAR L'IRIDECTOMIE

CHAPITRE PREMIER

Etiologie et Pathogénie.

La pathogénie, le mécanisme du décollement rétinien semblent loin d'être élucidés, et les nombreuses théories émises prouvent bien que le jour est loin d'être fait sur la question.

On est en droit de se demander comment, appliquée contre la choroïde et pressée par un milieu incompressible, la rétine peut arriver à se décoller? La rétine se décolle cependant,

ce qui prouve (comme le fait très judicieusement remarquer le Dr Abadie) qu'il faut bien se garder de vouloir appliquer aux liquides vivants les lois purement mécaniques qui règlent l'équilibre des liquides inertes.

Sous quelle influence, par quel mécanisme, la rétine se décolle-t-elle? Voilà, croyons-nous, deux points à élucider ayant leur importance au point de vue du traitement.

L'ectasie de la partie postérieure du globe chez les myopes d'un degré élevé est, sans contredit, une des causes les plus fréquentes du décollement. Viennent ensuite, par ordre de fréquence : le traumatisme, les choroïdites de quelque nature qu'elles soient, les affections préexistantes du corps vitré, celles de l'artère centrale. Mais l'on ne saurait nier, comme l'a fait remarquer Stelwag, qu'une affection toute localisée dans la rétine puisse donner lieu à son décollement. Les troubles de la vision, qui précèdent parfois le décollement ou se montrent dès le début, tiennent à une modification de la membrane elle-même, modification due à une rétinite antérieure. Les lésions de la choroïde et de la rétine peuvent donc produire un décollement et l'expliquent un peu lorsqu'on les trouve.

Mais il existe des cas assez nombreux où rien dans l'exploration de l'œil, rien dans les antécédents fonctionnels, ne peut vous mettre sur la voie. Tels sont les cas où les sujets se sont vus tout à coup privés de la vision binoculaire sans s'être aperçus cependant, jusqu'au moment brusque de l'accident, d'aucune anomalie ou d'aucun trouble de la vision. Chez quelques-uns d'entre eux il n'a été relevé, et nous l'avons nous-même constaté dans la clinique du Dr Badal, qu'une diathèse arthritique plus ou moins ancienne. Il existe bien encore des cas où le décollement mérite le nom d'idiopathique, des cas où l'on ne saurait le rattacher à une

cause, soit locale, soit générale. Iwanoff a cherché à expliquer que, dans ces conditions, il devait se former le plus souvent une dégénérescence kystique de la rétine.

Nous avons omis de parler, et cela avec intention, des décollements développés sous l'influence des tumeurs ou abcès de l'orbite, cysticerques de la rétine ou néoplasmes de la choroïde. Nous ne parlerons également pas des symptômes des décollements de la rétine.

D'après les différentes théories émises jusqu'à ce jour, on peut classer les décollements en trois groupes :

1° Décollement par distension;

2° Décollement par soulèvement;

3° Décollement par attraction.

§ Ier. — **Décollement par distension.**

C'est à ce groupe, le plus important, qu'appartiennent les décollements survenus par suite de l'élongation de l'axe antéro-postérieur dans la myopie progressive avec sclérectasie postérieure. De Graefe expliquait le décollement, dans le cas de sclérectasie, par une tension éprouvée par les deux membranes choroïde et rétine. La première, par suite de son élasticité et de ses attaches à la sclérotique, se prête assez facilement à une distension graduelle; la seconde, au contraire, pour venir se placer sur un même plan, serait obligée de se détacher, vu son peu d'élasticité et ses faibles connexions. Le décollement serait du reste favorisé, dans le cas particulier, par des exsudations choroïdiennes et des troubles de circulation, si fréquents dans la myopie. De Graefe faisait en outre jouer, dans ces décollements par distension, un

grand rôle au corps vitré, qui s'opacifie préalablement dans ses couches postérieures. Ces opacifications, par leur situation nettement circonscrite et la rapidité de leur évolution, déterminent un décollement de l'hyaloïde, auquel ne tarde pas à succéder celui de la rétine. De Wecker et Jæger ont fait remarquer avec raison que, pour accepter cette théorie de de Graefe, il faudrait supposer la rétine inextensible, alors que nous la voyons se soulever si nettement dans certaines affections, telles que la neuro-rétinite, par exemple. Mais, avant d'aller plus loin dans cette étude des décollements par distension, examinons-en d'abord les deux principaux facteurs ; corps vitré et liquides anti et sous-rétiniens.

L'existence d'une membrane hyaloïde n'est pas un fait absolument acquis pour tous les auteurs. Pour Iwanoff et Henle, l'hyaloïde n'existe pas. Ce que l'on est tenté de prendre pour la membrane propre du corps vitré ne serait autre chose que la limitante interne entraînée lors de la séparation du corps vitré et de la rétine. Lorsque l'on détache le corps vitré, la partie correspondante de la rétine paraît condensée et a toutes les apparences d'une couche homogène et amorphe. Elle présente en outre une surface parsemée de saillies, résultat d'un soulèvement de sa trame par l'interposition d'une substance amorphe entre la membrane et la terminaison des fibres radiées. Quant aux parties où le corps vitré et la rétine sont demeurés en contact, l'on ne saurait détacher le premier sans entraîner la seconde. Pour Iwanoff, le décollement du corps vitré précéderait donc toujours et régulièrement celui de la rétine. Dans le cas de sclérectasie postérieure, il se formerait un espace résultant de l'ectasie que vient remplir un transudat, le corps vitré conservant son volume normal. Dans un cas exa-

miné par l'auteur, l'on trouvait, aux confins du staphylome, la rétine intimement unie au corps vitré. L'augmentation de volume de l'exsudat avait dû pousser en avant le vitreum, lequel aurait entraîné et décollé la rétine. Leber a fait remarquer que l'hypothèse d'Iwanoff (décollement par exsudation) ne peut s'admettre, la pression se faisant sentir la même dans tous les sens de la coque oculaire, et devant, par conséquent, maintenir appliquée la rétine contre la choroïde. Du reste, ajoute le même auteur, l'on ne saurait admettre, avec cette théorie de la sécrétion, l'apparition brusque du décollement. Nous verrons du reste plus loin comment Leber explique ce décollement et cette apparition brusque.

Si l'on admet donc avec Ivanoff que l'hyaloïde n'existe pas et que la vraie enveloppe du vitreum soit la *margo limitans retinæ*, l'on peut admettre assez facilement que le retrait ou la désorganisation du corps vitré intimement uni à son enveloppe puisse favoriser autant que provoquer le décollement.

Lieberkuhn a démontré que l'hyaloïde, au point de vue embryogénique, différait absolument de la rétine. L'hyaloïde naît, en effet, du feuillet germinal moyen, comme limitante du corps vitré et le séparant de la vésicule oculaire secondaire. Chez les animaux jeunes, le veau, par exemple, l'hyaloïde peut être entraînée avec le corps vitré alors que la *margo limitans* reste en place. Le retrait seul du corps vitré par le fait de l'élongation de l'axe antéro-postérieur ne devrait nécessairement pas amener le décollement s'il ne s'est pas établi d'adhérences entre les deux membranes. Un fait assez curieux de Bagendorff, où le corps vitré fut trouvé rapetissé, mais où il existait une homogénéité de tissus exempte de membranes et de fibres, semble prouver que le

décollement peut se faire sans déchirure de la rétine d'une part, et sans tiraillement du corps vitré d'autre part. L'auteur explique le cas par une sorte d'attraction exercée sur la rétine par le retrait en masse du corps vitré.

Jœger et de Wecker ont supposé que la membrane limitante entamée, désorganisée par des soulèvements répétés, refoulait le corps vitré qui, ne pouvant plus se laisser comprimer dans la direction de l'axe, se détache des parois latérales en déchirant la rétine. A ce moment se fait l'apparition brusque du liquide entre la choroïde et la membrane nerveuse. Poncet de Cluny, s'appuyant sur des données anatomo-pathologiques, croit que la déchirure n'est pas nécessaire pour expliquer le décollement et que celui-ci se produirait par simple sécrétion entre la choroïde et la rétine, sécrétion qui, à travers la rétine, pourrait aller dans le corps vitré. Voici du reste, telles que les a présentées dans sa thèse Mme Ribard (1), les altérations que l'on trouve dans une rétine décollée.

Au point de vue clinique, comme le fait remarquer Mme Ribard, ces altérations ne présentent pas un grand intérêt, mais elles démontrent « que si l'altération est quelquefois assez rapide au début et demande un traitement actif, on peut cependant obtenir quelques résultats favorables à une époque plus avancée ». Mais l'on sera également en droit de se demander comment, avec des lésions qui doivent nécessairement se trouver dans des rétines décollées depuis des années, quelques ophtalmologistes ont pu obtenir des succès que, dans notre profond étonnement, nous nommerons miraculeux. (Voir observation VIII.)

Poncet a divisé en quatre degrés les altérations de la rétine décollée.

(1) Ribard (Thèse de Paris 1876).

Premier degré. — Caractérisé par l'exsudation d'un liquide entre la choroïde et la rétine, liquide qui soulève cette dernière membrane dans toute son étendue. Ce soulèvement est uniforme et la membrane nerveuse ne forme aucun repli.

A ce degré, on constate un commencement d'altération dans la couche pigmentaire épithéliale qui se détache en partie sur quelques points. Les cellules ont perdu leur forme polygonale et sont devenues globuleuses et plus ou moins sphériques. Les granulations pigmentaires peuvent disparaître peu à peu et se répandre dans le liquide épanché. La rétine présente des altérations qui siègent surtout dans la couche des cônes et le segment interne des bâtonnets. Des vésicules colloïdes sont disséminées au milieu de ces éléments qui peuvent se détacher de la limitante externe. Les deux couches des granulations nerveuses sont quelquefois atteintes et elles se transforment alors en vésicules colloïdes, tout en conservant leur situation et leur rapport.

Ces altérations graves sont limitées à certaines régions. C'est au voisinage de la zone de Zinn, qu'elles sont le plus marquées. Mais on peut constater en même temps que certaines parties sont restées tout à fait intactes. En résumé, la rétine a augmenté d'épaisseur et quelques parties de cette membrane ont subi plus ou moins l'altération colloïde.

Deuxième degré. — L'exsudat repousse les parties mobiles de la rétine vers le centre du globe, tandis que ses attaches à la zone de Zinn et à la pupille restent fixes.

Troisième degré. — La rétine est repoussée en avant, repliée sur elle-même, et forme une masse placée généralement derrière le cristallin ou un peu à sa périphérie.

Les débris du corps vitré sont englobés dans ses replis. La partie postérieure de cette membrane est réduite à un sim-

ple pédicule et affecte dans son ensemble une disposition qui peut être comparée à celle d'un champignon.

Dans ces deux degrés, la limitante interne et l'hyaloïde sont imbibées par le liquide sous-rétinien.

Le pigment choroïdien pénètre dans le corps vitré qui se ramollit d'abord, puis s'organise dans une période plus avancée.

Quant à l'effet du refoulement central de la rétine par le liquide, M. Poncet l'a résumé en deux mots : transformation fibreuse à différents degrés suivant que le déplacement est ancien ou récent et que la rétine est refoulée par un liquide ou une tumeur. Dans les décollements récents, les éléments rétiniens peuvent néanmoins conserver leur disposition et leur forme pendant assez longtemps. A cette même période, on peut encore s'assurer dans certains cas que les cellules des couches granuleuses sont dans un bon état de conservation dans certaines parties de la rétine ; mais il est fort probable que ces éléments sont de nature connective. Ils peuvent être constatés particulièrement là où la rétine, repoussée en avant et repliée, est adossée à elle-même. C'est près de la région ciliaire que la transformation fibreuse est le plus accusée.

Dans ces points, la couche des cônes et des bâtonnets a fait place à une adhérence entre la choroïde et les fibres de Müller.

Quatrième degré. — Enfin, si les désordres sont plus anciens ou plus profonds, le liquide n'est pas seulement situé entre la rétine et la choroïde, il dissocie les différentes lames de la membrane vasculaire et s'accumule entre cette membrane et la sclérotique. Telles sont les altérations trouvées par Poncet dans les différents cas examinés par lui.

Schweigger qui, avec Iwanoff et Müller, faisait jouer le principal rôle du décollement aux troubles de nutrition ou au ratatinement du corps vitré, est venu à considérer la déchirure de la rétine comme un facteur presque indispensable. Ces déchirures, dit l'auteur, sont visibles dans les cas récents, et, s'il n'est pas toujours donné de les apercevoir, c'est qu'elles occupent une portion périphérique, ou bien que la rétine a repris ses attaches à l'endroit préalablement déchiré.

Leber fait également jouer le principal rôle du décollement de la rétine à une déchirure de cette membrane dont la modification dans ses éléments aboutit progressivement à une atrophie complète. Toutes les inflammations chroniques décrites comme appartenant à des rétines anciennement décollées ne sont pas secondaires, mais bien primitives. Les déchirures sont largement béantes, la plupart du temps déchiquetées et pigmentées; les bords en sont tournés non en dedans, mais en dehors, et la perforation, loin de laisser transsuder un liquide préalablement sécrété sous la rétine ne fait que faciliter la sortie du transsudat du corps vitré. En somme, il ne s'agit que d'un simple changement de lieu. Le corps vitré, en se condensant, exprime du liquide qui soulève la rétine. Leber est arrivé à poser ces conclusions après expérience faite sur le lapin. En introduisant des corps étrangers dans le vitreum ou en y injectant du chlorure de sodium à trois pour cent, l'auteur a déterminé une déchirure de la rétine et son soulèvement par un liquide analogue à celui du corps vitré. Ce qui prouverait en outre, d'après Leber, que l'on n'a affaire qu'à un seul et même liquide changeant simplement de milieu, c'est que la tension demeure la même dans les yeux affectés de décollement; ce qui du reste demande à être prouvé. Samelshon a fait remarquer avec

raison que si la déchirure était primitive, la tension restant normale, l'on comprendrait assez difficilement comment le liquide du corps vitré pourrait passer derrière la rétine. La rétine même déchirée, devrait, *à priori*, rester appliquée contre la choroïde.

La tension demeure-t-elle normale lors du décollement? S'il est souvent difficile de constater un changement dans le tonus oculaire, il n'est pas rare non plus de le trouver augmenté ou abaissé ; ces différences tiendraient-elles à la façon dont aurait évolué le processus? Nous ne pouvons que le supposer, mais tout le monde sait qu'elles existent. Quelquefois même ce n'est qu'en cherchant dans tous les points du globe accessibles, que l'on trouve un espace assez limité où le changement de tension est appréciable. C'est ordinairement de la diminution qui correspond au lieu où s'est fait le décollement.

Les expériences de Leber ne concordent pas avec les données anatomo-pathologiques du liquide post et ante-rétinien fournies par Gouvea, Iwanoff et Poncet. Pour ces auteurs, les deux portions du liquide sont bien identiques, mais renferment des cellules épithéliales pigmentaires provenant de la choroïde, du sang, des globules blancs (globules inflammatoires et purulents) des cellules de tissu fibreux et embryonnaire, Iwanoff a, en outre, constaté la présence d'un nombre considérable de cônes et de bâtonnets.

L'on ne saurait supposer la présence de tous ces éléments avec une rétine entièrement atrophiée et alors que la transformation choroïdienne ne jouerait aucun rôle. Les faits cliniques démontrent bien du reste que la rétine décollée a parfois repris toutes ses fonctions, ce qui ne se comprendrait guère avec une membrane aussi désorganisée que le veut Leber. Il est donc assez difficile d'admettre que l'atrophie

plus ou moins avancée de la rétine doive être dans tous les cas un facteur indispensable.

§ 2. — Décollement par soulèvement.

Le soulèvement de la rétine par une masse liquide ou solide donne lieu aux décollements appartenant à ce second groupe. Parmi les masses solides, nous trouvons tous les néoplasmes de la choroïde et le gliome rétinien. Les décollements ainsi produits s'expliquent assez facilement, nous n'insisterons pas.

Dans une autre série de cas, on rencontre la production d'une effusion séreuse entre la choroïde et la rétine, ainsi que des hémorragies, celles-ci provenant ordinairement de la choroïde. Ici le décollement peut se faire avec ou sans déchirure alors que l'épanchement a eu lieu à la partie antérieure ou postérieure de la rétine. Les faibles connexions et l'épaisseur relativement plus considérable de la rétine au pôle postérieur font que cette membrane se laisse plus facilement soulever que déchirer en cet endroit. Au niveau de l'*ora serrata* au contraire, la membrame nerveuse est mince, ses attaches plus intimes, ce qui facilite sa perforation et par conséquent le passage du liquide épanché entre la rétine et le corps vitré qui ne tarde pas à se décoller.

De quelle nature est et comment se produit le liquide qui soulève la rétine? Les affections qui donnent naissance au liquide transrétinien peuvent être locales, c'est-à-dire appartenir à l'œil seul (traumatismes), ou bien dépendre d'un état particulier de l'organisme, d'une diathèse.

Les liquides intra-oculaires, dit Boucheron (1), sont, non pas du plasma sanguin émané des vaisseaux, mais des liquides de sécrétion tout particuliers. Ainsi, l'humeur aqueuse détruit la plupart des cellules: les globules blancs, les cellules propres de la cornée, les fibres cristalliniennes mises en contact avec elle. Ces liquides oculaires ont pour organe de sécrétion l'épithélium des procès ciliaires. L'épithélium choroïdien, lui aussi, est sécréteur, car il sécrète le pourpre visuel de Boll. Or, la plupart des épithéliums sécréteurs, quand ils sont étalés en surface (comme l'épithélium des synoviales, qui sécrètent la mucine et la synovie) sont, à l'état pathologique, le siège d'exsudats variés; la matière fibrinogène exsude à travers l'épithélium et se coagule à sa surface pour former les pseudo-membranes ou les flocons fibrineux des exsudats séro-fibrineux. C'est ainsi que dans l'œil on voit se former des exsudats à la surface de l'iris et des procès ciliaires. De semblables exsudats se forment aussi à la surface de l'épithélium choroïdien sécréteur du pourpre visuel à l'état normal. Quand l'exsudat est séreux et assez abondant, la rétine se décolle. Tèl est le mécanisme ordinaire du décollement de la rétine. La cause générale de cet exsudat choroïdien, c'est l'uricémie et le rhumatisme. Il suffit seulement d'être un peu uricémique pour fabriquer les quelques gouttes d'exsudat choroïdien qui décollent la rétine. M. Boucheron décèle l'uricémie en cherchant l'acide urique dans la salive par le procédé de la murexide. Dans les dix derniers cas de décollement qne l'auteur a observés, il y avait de l'acide urique dans la salive, ce qui prouve qu'il y en avait en excès dans le sang.

Avec la théorie de M. Boucheron, l'on devrait considérer

(1) Boucheron *(Gazette des Hôpitaux)*, octobre 1883.

tous les malades affectés de décollement comme étant uricémiques. S'il a été donné à cet auteur de constater la présence de l'acide urique dans la salive de dix de ses malades, faut-il en tirer une conclusion unique et dire que les gens affectés de décollement sont arthritiques ou uricémiques? Pour arriver à présenter une conclusion contraire, il nous aurait fallu, comme l'a fait l'auteur, examiner la salive de tous nos malades en question: ce que nous n'avons pas fait. Nous avons fait cependant remarquer qu'il nous avait été donné de relever une diathèse arthritique chez des malades dont l'étiologie du décollement nous paraissait obscure.

Nous avons vu quel rôle la plupart des théories émises font jouer au corps vitré, dont les lésions préalables semblent la condition, *sine quâ non*, du décollement. Boucheron a expérimentalement et physiquement démontré que la rétine peut être soulevée par un simple exsudat choroïdien primitif. En injectant du cantharidate de soude au $^1/_{100}$ dans l'espace intra-choroïdien du lapin, il détermine un décollement. Le cantharidate produit un exsudat liquide riche en matière fibrinogène, qui, de la choroïde, traverse l'épithélium choroïdien, atteint la rétine, la soulève, la décolle, et même la traverse pour pénétrer dans le vitreum. L'exsudat se coagule en flocons flottants et même en pseudo-membranes fibrineuses à la surface de la rétine. Au niveau du corps c[illegible], l'exsudat fibrinogène pénètre directement dans le corps vitré, également en flocons flottants et en pseudo-membranes comme chez l'homme. Il y a aussi, après quelques jours, diminution de la tension de l'œil comme chez l'homme.

Le décollement par simple exsudat choroïdien existe-t-il chez l'homme? En examinant un œil dont le décollement remontait à peu de temps, le corps vitré fut trouvé intact et

adhérent à la rétine, tandis qu'un exsudat séparait la choroïde de la rétine.

Mais, est-ce à dire que les altérations du corps vitré n'existent pas? On les trouve dans les décollements rétiniens anciens et voici comment M. Boucheron les explique : « Toute rétine restant soulevée un certain temps, le corps vitré y adhérant reste également soulevé; alors les fibrilles vitréennes se rétractent comme le font tous les tissus fibreux maintenus dans une position fixe. Quand la rétraction est produite, elle empêche la rétine adhérente au corps vitré et rétractée de se recoller à la choroïde, même si l'on a évacué l'exsudat. C'est là l'obstacle mécanique qui s'oppose à la guérison du décollement qui a duré un temps un peu prolongé. »

Que devient le corps vitré par suite de la pression qu'exerce sur lui l'exsudat choroïdien? Il fuit devant la rétine comme lorsque se développe une tumeur choroïdienne et le trop-plein liquide de l'œil s'échappe par les voies d'excrétion. M. Boucheron, contrairement à Leber, considère les déchirures rétiniennes comme secondaires et ne se rencontrant que dans les anciens décollements.

Parmi les autres affections pouvant donner lieu à un décollement par soulèvement, nous citerons les effusions séreuses de la membrane consécutives soit à un processus inflammatoire, soit à un obstacle en retour du sang veineux. Les inflammations rétiniennes déterminent l'hypertrophie des faisceaux de ses fibres nerveuses ainsi que des éléments de son strome, hypertrophie qui engendre l'augmentation de la rétine non seulement en épaisseur mais en surface, et donne lieu entre cette membrane et la choroïde à la formation de petits interstices devenant le point de départ de décollements plus étendus. (Warlomont.)

La perte du corps vitré après un traumatisme accidentel ou opératoire détermine, comme l'ont démontré Gouvea et Iwanoff, une diminution de la pression intra-oculaire qui se fait également sentir sur les vaisseaux de l'œil et amène une transsudation séreuse ; transsudation qui se fait et par les vaisseaux iridiens et par ceux de la région postérieure.

Enfin l'opération de la cataracte peut amener le décollement de la rétine par simple détente alors que la perte du corps vitré serait nulle.

III. — **Décollement par attraction.**

Le traumatisme est la cause la plus fréquente de cette variété, soit que l'instrument ait simplement déchiré les enveloppes, soit que la cause vulnérante soit demeurée dans une partie du globe. Les blessures de la sclérotique, en produisant un tissu cicatriciel, changent les rapports de surface par simple retrait et occasionnent ainsi le décollement.

Les luxations cristalliniennes peuvent agir également en corps étranger et provoquer des inflammations de la rétine, de la choroïde et du corps vitré : dans ces cas, le corps vitré s'abcède souvent. Ces abcès s'enkystent en donnant naissance à une prolifération de tissu connectif qui ne tarde pas à envahir la masse vitreuse tout entière et tend peu à peu à effacer sa cavité tout en affaissant les parois du globe. Les blessures de la sclérotique, les irido-choroïdites chroniques agissent de la même façon, c'est-à-dire par rétraction de tissu cellulaire.

Schiess-Gemuseus et H. Muller ont étudié la formation

du tissu cellulaire dans le corps vitré. Il se fait une prolifération de cellules d'abord rondes, puis fusiformes ou étoilées, au pourtour du corps étranger. De ces cellules partent des fibres qui s'avancent dans l'intérieur du corps vitré et dont une extrémité adhérant à la rétine peut, par suite de sa rétraction, entraîner la portion de rétine correspondante.

Nous avons réservé la fin de ce chapitre à l'étude d'une nouvelle théorie que l'on pourrait appeler « par excès de tension » et qui appartient à M. Dransart de Somain. Cette théorie ayant donné lieu pour l'auteur à des indications curatives spéciales, nous l'exposerons d'après son manuscrit : « L'excès de tension est-il une simple coïncidence ou bien joue-t-il un rôle de production du décollement rétinien? A mon avis, il n'y a pas ici simple coïncidence entre l'excès de tension et le décollement de la rétine ; les deux symptômes sont le produit d'une seule et même cause : le trouble circulatoire intra-oculaire, et ce qui le prouve, c'est que la même opération peut faire disparaître ces deux symptômes à la fois. A la suite de l'iridectomie, nous avons vu disparaître et l'excès de tension là où il était palpable et le décollement rétinien coexistant ; donc ces deux ordres de symptômes peuvent être les produits d'une même cause.

« Ces considérations établissent une grande analogie entre le glaucome et le décollement rétinien, et, par le fait, appuient notre manière de faire, qui consiste à opposer à ces deux affections le même traitement, parce que nous les considérons comme tributaires d'un même facteur, le trouble circulatoire. Outre cela, j'ai trouvé une grande ressemblance dans les phénomènes constatés dans le corps vitré à la suite de l'iridectomie pratiquée avec succès dans le décollement de la rétine et dans le glaucome subaigu avec trouble de

l'humeur vitrée. A la suite de l'iridectomie faite avec succès dans le décollement de la rétine, on voit l'humeur vitrée se brouiller, s'obscurcir, probablement par le fait de la résorption du liquide sous-rétinien. Puis il se forme des flocons distincts dont le nombre et le volume diminuent jusqu'à la disparition complète. Ces phénomènes s'observent également à la suite du glaucome. »

En conséquence, s'appuyant sur ces données cliniques, l'auteur considère le glaucome et le décollement de la rétine comme des affections de nature analogue :

« Le décollement de la rétine est une affection qui découle, dans la grande majorité des cas, de la myopie. L'œil myope est l'œil qui fournit l'immense majorité des cas de décollements. Pour qu'un œil normal devienne myope, il faut que ses membranes se distendent, et, pour cela, il faut que son contenu augmente. Augmentation du contenu d'une part, et distension des membranes d'autre part, voilà les deux termes de la myopie, du moins d'une façon générale. Dans le glaucome, il y a bien augmentation du contenu, mais il manque la distension des membranes. En somme, cette distension des membranes n'est qu'un effet du premier facteur, l'augmentation du contenu. Qu'est-ce que les mouches volantes et les maux de tête des myopes? Ne sont-ce pas des symptômes qui révèlent des troubles circulatoires intra-oculaires? symptômes qui aboutiraient à l'excès de tension et au glaucome, si la distension des membranes n'y obviait à l'instar d'une soupape. »

Avec la théorie de M. Dransart, l'on se demande comment agit l'augmentation de pression dans le mécanisme du décollement. Est-ce en distendant l'œil et en détachant la rétine de ses attaches à la choroïde par l'intermédiaire du corps vitré que l'excès de pression agit, ou bien les troubles cir-

culatoires sont-ils purement choroïdiens et, par conséquent, localisés? Voilà ce que ne dit pas M. Dransart. Si l'excès de tension se fait uniformément sentir partout comme dans le glaucome, il devrait, au contraire, maintenir les membranes en contact. Si, au contraire, l'effet est tout localisé, l'analogie entre le glaucome et le développement semble ne devoir plus exister.

Dans le glaucome, l'excès de tension ne se fait-il pas aussi bien sentir au pôle postérieur, où il détermine le refoulement du nerf optique, qu'au pôle antérieur, où il occasionne des troubles cornéens? Dans la myopie, il est vrai, les membranes cèdent, l'axe antéro-postérieur s'allonge, et la rétine, comme le voulait de Graefe, ne pouvant facilement se distendre, arrive à se détacher. Dans ces cas, le décollement se rencontre au point où le vitreum est accolé à la rétine ou privé de son appui. Mais, avec un excès de tension uniforme comme dans le glaucome, où se produira le décollement?

La fréquence des troubles circulatoires est de toute évidence dans la myopie, surtout dans la myopie progressive, mais sont-ils de même nature que dans le glaucome? Si l'exagération de tension est manifeste dans le glaucome et en constitue un des symptômes fondamentaux, est-ce par exagération sécrétoire, ou par simple obstacle à la non-excrétion des liquides qu'elle se produit? Les faits anatomo-pathologiques nous montrent que les voies d'excrétion des liquides de l'œil (espaces de Schwalbe) sont complètement modifiées dans les yeux glaucomateux. Peut-on en dire autant des yeux myopes? La faiblesse des parois de la coque oculaire des yeux myopes, toutes les causes, en outre, qui tendent à distendre les parois et à les amincir, nous expliquent son allongement. Le parfait équilibre qui doit exister entre les divers liquides des divers milieux fait que malgré

l'augmentation de volume du contenant qui cède facilement sous différentes influences, le contenu en suit les modifications, ou par simple exagération des sécrétions normales, ou par non-filtration des liquides sécrétés, qui ont plus de tendance à combler les vides qu'à se chercher une voie au dehors.

Ce n'est pas à une exagération de pression glaucomateuse à proprement parler que l'on doit le décollement, mais à une exsudation d'ordre inflammatoire dont la choroïde est le siège et dont les causes peuvent être multiples.

De toutes les affections compliquant la myopie, la plus fréquente est sans contredit la choroïdite. Que l'exsudation se fasse peu à peu, et nous assisterons à l'évolution d'une choroïdite séreuse pouvant, il est vrai, amener plus tard un décollement; qu'elle se fasse, au contraire, assez brusquement et surtout dans un point ou près d'un point ayant subi déjà quelque atteinte, et où les rapports de la rétine ne sont plus aussi solides, cette dernière aura toute chance de se voir soulevée par l'exsudat. Quant au liquide exsudé, dans le premier cas il déplacera peu à peu une portion du liquide normal correspondant; dans le second cas, la tension peut bien se trouver augmentée dans les premiers temps jusqu'à excrétion suffisante des liquides de l'œil. Les malades atteints de décollement se présentant rarement sitôt leur accident, il est assez difficile de constater une hypertonie manifeste. Quant à celle que décèle le manuel opératoire, elle nous paraît assez difficile à établir en principe. Sur des yeux atteints de cataracte sénile simple, ou sur ceux sur lesquels on crée une pupille artificielle pour un leucome central sans synéchies, il nous est arrivé de voir l'humeur aqueuse sortir en jet, comme dans certains glaucomes à tension élevée.

La diminution de tension est tout aussi fréquente que l'exagération, et, pour cette dernière, l'on pourrait supposer que l'irruption brusque du liquide sous-rétinien a pu déterminer la sortie aussi brusque d'une certaine quantité de liquide normal; mais l'impulsion donnée a fait échapper momentanément plus de liquide préexistant qu'il n'en fallait pour faire place au nouveau venu.

Enfin, pour que l'analogie fût complète entre les deux affections, il eût fallu que le même traitement eût la même efficacité. M. Dransart emploie bien l'iridectomie dans le décollement comme pour le glaucome, mais il y ajoute un traitement médical qui n'est pas, que nous sachions, très employé dans cette affection. Nous reviendrons du reste sur cette dernière question à propos du traitement.

CHAPITRE II

Traitement.

Regardés d'abord comme incurables, les décollements de la rétine furent laissés sans médication. Ce n'est que plus tard, lorsque l'expérimentation démontra que la réapplication des membranes suffisait pour rétablir la perceptivité rétinienne, que l'on tenta d'obtenir cette réapplication.

Le traitement du décollement peut se diviser en médical et chirurgical.

I

Traitement médical.

L'expectation, seule médication employée au début, n'a pas été complètement abandonnée de nos jours. Découragés par les insuccès auxquels aboutissaient tous les modes de traitement employés par eux, quelques ophtalmologistes en sont venus à se demander s'il ne valait pas mieux laisser « les décollés » tranquilles. M. Pamard est de ce nombre et

en est arrivé à se contenter de prescrire une médication purement hygiénique : bon régime, grand air, marche, etc. Les succès obtenus par cette méthode, si elle en est une, sont loin d'être rares dans l'histoire du décollement.

Les premiers ophtalmologistes qui essayèrent de traiter le décollement mirent surtout à contribution les dérivatifs, les substitutifs, etc. Sichel, Liebreich et de Wecker ont publié quelques succès dus à des applications répétées de sangsues, de ventouses, à des purgatifs, aux pilules de sublimé, aux diurétiques, aux pédiluves.

C'est à M. Dianoux, de Nantes, que l'on doit le premier traitement médical rigoureusement établi et poursuivi avec persévérance. « Le décollement rentre dans la classe banale des hydropisies aiguës... Ceci posé, le traitement en découle. La ponction se place sur le même rang que la thoracentère, par exemple. Or, ponction de l'œil, ponction du péricarde, quel médecin ne leur préférera avant tout, et à juste titre, les révulsifs et surtout les dérivatifs? Eh bien! si pour l'œil il existe un dérivatif par excellence, c'est assurément la pilocarpine.

« Glandes salivaires, glandes lacrymales, glandes de la pituitaire, glandes sudoripares de la face, tous organes influencés au premier chef par la pilocarpine, sont innervés par la même paire nerveuse qui fournit à l'œil les nerfs de sécrétion. Exagérez les fonctions des branches qui animent les organes glandulaires précités, par un mouvement de pondération et d'équilibre, une diminution de l'excitation se manifestera sur les nerfs sécréteurs de l'œil : alors, le liquide nouvellement sécrété dans l'œil sous l'effort d'un raptus sanguin, liquide étranger, tendra à regagner les voies d'où il était sorti, et par les seuls efforts de la nature, qui tend toujours à résorber un liquide inflammatoire, et par

l'appel exercé par l'exagération de sécrétion des organes voisins.

« De cette manière de voir ressort la thérapeutique : déterminer un courant continu de liquide vers les régions voisines par des injections de pilocarpine. »

Ces injections, d'après l'auteur, doivent être pratiquées de façon à maintenir, le plus constamment possible, le malade sous leur influence. On devra les pratiquer quotidiennement, et cela pendant dix à quinze jours consécutifs, suivant la résistance du sujet. Après cette première période, dix jours de repos seront accordés, puis le traitement sera repris, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'il soit bien acquis qu'on est parvenu à un état définitivement stationnaire et qu'il n'y a plus rien à obtenir du traitement.

Tout le traitement médical actuel a pour base principale l'emploi du jaborandi, ou de son alcaloïde, auquel on a ajouté quelques adjuvants précieux : bandage des deux yeux, avec légère compression sur l'œil malade, séjour dans une chambre noire et emploi des mydriatiques en vue des efforts d'accommodation. A part donc quelques petites modifications ou quelques auxiliaires que l'on peut considérer comme précieux, le traitement médical du décollement consiste principalement dans l'emploi des sudorifiques. Les décollements d'origine diathésique, ceux pouvant reconnaître pour point de départ l'arthritisme ou la syphilis, par exemple, seront en même temps tributaires d'un traitement spécial.

M. Boucheron, qui, comme nous l'avons vu, attribue à la diathèse arthritique et à l'uricémie la majorité des décollements, s'adresse surtout au régime et aux médications anti-uricémiques et anti-rhumatismales, « soit d'une manière préventive, quant on est atteint de myopie ou d'autres affections prédisposant au décollement ; soit quand on a déjà

perdu un œil par un décollement et qu'il s'agit de préserver l'autre œil; soit enfin pour la cure du décollement déjà produit. L'emploi de la pilocarpine est également indispensable pour l'excrétion de l'acide urique par la salivation. »

II

Traitement chirurgical.

Si le traitement médical ne s'est guère modifié depuis son emploi rationnel, par contre le traitement chirurgical a vu depuis quelques années les procédés succéder aux procédés. A l'engouement qu'ont fait naître quelques-uns d'entre eux n'a pas tardé à succéder un découragement justifié par l'insuccès et qui les ont amenés progressivement dans l'oubli.

D'après de Wecker, les premières tentatives pour attaquer chirurgicalement le décollement rétinien ont été faites par Sichel père. Sichel ponctionnait la sclérotique, non pas tant dans le but de guérir le décollement que pour en prévenir les complications inflammatoires.

Plus tard, l'observation ayant établi que les décollements avec déchirure avaient plus de tendance à rester stationnaires, Bowman s'efforça, avec l'aiguille à discision, de produire artificiellement cette déchirure. De Graefe procédait de la même façon, mais employait une aiguille en forme de faux. Le but de ces auteurs n'était pas tant de pratiquer une simple déchirure que d'établir une communication à demeure entre le corps vitré et la poche sous-rétinienne. De Graefe pensait que, grâce à cette communication, la pres-

sion produite par le corps vitré devait s'équilibrer avec celle de la cavité sous-rétinienne. Bowman, lui, considérait que le liquide sous-rétinien, s'échappant incessamment dans le corps vitré, devait plus difficilement stationner entre la rétine et la choroïde. Du reste, le liquide sous-rétinien épanché dans le corps vitré ne peut qu'augmenter la pression de ce corps qui tend alors nécessairement à appliquer la membrane décollée et à lui faire prendre sa position normale. Cette façon de procéder n'aurait jamais été suivie de complications, mais les auteurs conviennent cependant qu'elle n'a jamais produit que des améliorations et, pour la plupart, de courte durée. Le décollement se reproduisait au bout de quelques jours ou de quelques semaines. Quelques rares opérés bénéficiaient encore de l'opération après deux années; d'autres voyaient leur acuité visuelle, déjà bien affaiblie, disparaître totalement après l'intervention. Cette façon de procéder, dite de Wecker, péchait par la base en ne respectant pas le corps vitré qui, dans l'évolution du décollement, joue un rôle des plus importants. Le même auteur a fait justice de son procédé, qui consistait à évacuer le liquide sous-rétinien à travers la canule d'un trocart, qui présentait à dix-huit millimètres de la pointe un point d'arrêt, et était introduite par le côté de l'œil opposé à l'épanchement.

De Wecker reprit plus tard la ponction de Sichel, mais en se servant alors du couteau à cataracte de de Graefe qu'il enfonçait du côté de la sclérotique et qu'il faisait pénétrer jusqu'au-delà de la rétine décollée. En agissant ainsi, l'auteur se basait sur le rôle important que joue le retrait du corps vitré dans le décollement, sur la certitude que ce corps ne se détache guère sans qu'il se soit accumulé derrière lui une certaine quantité de liquide. En procédant ainsi, l'on

doit soigneusement éviter de toucher au corps vitré dont le traumatisme ne ferait qu'augmenter le retrait.

M. Secondi joint à une première ponction faite à travers le corps vitré, et allant déchirer la rétine, une seconde, extérieure, qui a pour but l'évacuation du liquide sous-rétinien : c'est l'hydro-dictyotomie de l'auteur.

Plus tard, de Wecker abandonna le procédé de la ponction pour instituer celui du drainage. Un des avantages de cette méthode, dit Mme Ribard, élève de Wecker (Thèse de Paris 1876), est de pouvoir s'appliquer sur tel point que l'on désire et précisément à l'endroit où il est indiqué d'obtenir la filtration. Le procédé consiste dans l'introduction d'un fil d'or vierge à travers la sclérotique et la choroïde,quand il s'agit de vider la poche placée derrière un décollement de la rétine et de s'opposer à ce qu'elle se remplisse de nouveau. Malgré tout le succès que semblait devoir obtenir le traitement, on ne tarde pas à le voir abandonné par l'auteur. Voici, du reste, comment de Wecker le juge lui-même : « Ce traitement a donné, dans quelques cas, un excellent résultat, mais il n'assure pas absolument la filtration. En outre, il serait nécessaire de pouvoir tenir ses malades en surveillance, car, chez certains, le dérangement du fil ou une coaptation défectueuse pendant l'opération peuvent déterminer des phénomènes irritatifs brusques. » Aussi l'auteur revient-il à la ponction qu'il délaisse encore une fois pour s'adresser à l'ignipuncture et ensuite aux injections sous-conjonctivales d'eau salée.

Leber, se fondant sur sa théorie du décollement, a proposé d'instituer un traitement spécial.

Les paracentèses, pas plus que la communication du liquide sous-rétinien avec l'humeur vitrée, ne sauraient donner de résultat puisque cette communication existe déjà.

Les suites peu favorables auxquelles ont donné lieu les traitements précités s'expliquent par ce fait que le couteau ou l'aiguille n'ont fait qu'accentuer le décollement du corps vitré et par suite également celui de la rétine. La rétine étant jusqu'à un certain point devenue trop courte, l'auteur propose de faire une section équatoriale étendue, passant derrière le corps vitré en voie de rétraction et traversant la rétine, favorisant ainsi son application. Cette méthode n'a pas, que nous sachions, encore été mise en pratique.

Abadie, contrairement à M. Boucheron, éloigne l'idée de toute influence diathésique dans la production du décollement. L'observation clinique, l'anatomie pathologique et l'expérimentation sur les animaux démontrent qu'au niveau des foyers de choro-rétine, la rétine contracte des adhérences avec la choroïde. En cherchant à produire artificiellement ces adhérences, on peut parvenir à fixer la rétine aux membranes sous-jacentes. L'auteur ponctionne la sclérotique et la choroïde le plus en arrière possible de la région ciliaire en se servant d'un mince couteau étroit, de platine, préalablement rougi à la pile. Le liquide sous-rétinien s'échappe par la ponction et il se forme une inflammation adhésive au niveau de la perforation. En faisant part de son procédé, M. Abadie a relaté huit cas où il a été mis en pratique. Sur ces huit cas, six fois l'on obtint une amélioration passagère dans six décollements anciens très étendus. Deux fois le résultat fut excellent dans des décollements de date récente.

Dans une communication faite à l'Académie de médecine de Paris, le Dr J.-R. Wolfe, d'Anderson, partant de cette idée que le décollement rétinien tient à un épanchement qui devrait être traité comme tout autre épanchement dans les

cavités séreuses telles que la plèvre ou le péritoine, imagina de livrer passage à l'écoulement de ce liquide par une ouverture sous-conjonctivale à travers la sclérotique suivant une direction méridienne. Nous avons vu comment M. Dianoux, partant du même principe que Wolfe, préférait un traitement tout médical. Voici, du reste, comment procède Wolfe :

« Lorsqu'il existe un large décollement de la rétine et que la vision est fortement compromise ou entièrement abolie, j'examine le patient à l'image droite, afin de bien m'assurer de la situation de l'épanchement et notamment de la direction suivant laquelle il tend à incliner. Pour cet examen, il est essentiel de donner à la tête du patient diverses inclinaisons. D'abord, dans la position assise; puis, la tête renversée en arrière, en faisant mouvoir l'œil dans toutes les directions, au moins dans la première position. Le côté vers lequel le liquide incline le plus aisément ayant été bien reconnu, je fais une incision verticale d'un demi-pouce (12 à 13^{mm}) de long dans la région du décollement. Un assistant écarte les lèvres de la plaie horizontalement, à l'aide de deux petits crochets à strabisme. J'attaque alors la capsule de Ténon et j'imprime au globe un mouvement de rotation qui amène à l'ouverture la partie de la sclérotique correspondant à l'endroit où le liquide s'amasse le plus aisément. C'est à cet endroit que j'enfonce une aiguille lancéolaire coudée, à face externe plane et à face interne excavée; l'incision affecte ainsi une forme courbe. Je retire ensuite l'instrument avec lenteur, sans lui imprimer la moindre inclinaison, et le liquide s'écoule lentement. Si j'ai des raisons de croire qu'il reste encore du liquide en quantité notable, j'introduis une petite spatule d'argent pour rouvrir avec précaution les lèvres de la plaie sclérotícale. Cependant, lorsque le décollement n'est pas très étendu ou lorsque le

globe est trop saillant, je me sers, de préférence, d'un sclérotome plat, de façon à obtenir une incision linéaire au lieu d'une ouverture courbe. Les lèvres de la plaie conjonctivale sont ensuite réunies à l'aide d'une ou deux sutures au fin fil de soie. »

Après l'opération, Wolfe pose un bandage occlusif qu'il ne renouvelle qu'après trois ou quatre jours, pendant lesquels le malade est resté dans le décubitus dorsal. L'auteur a eu l'occasion d'employer huit fois son procédé jusqu'en 1886. Dans trois cas, le résultat fut parfait. Deux fois il y eut amendement notable, les malades pouvant se conduire seuls. Dans un cas cité à la suite de son mémoire, Wolfe obtint un élargissement très notable du champ visuel. Cette augmentation de l'étendue ainsi que de l'acuité visuelles se trouve également signalée dans une observation de M. Gregor Robertson de Glaston, qui en publia une seconde dans le *British Medical Journal*, de mai 1844.

« Les chirurgiens, ajoute l'auteur, qui ne voudraient voir dans mon procédé opératoire qu'une simple sclérotomie sous-conjonctivale n'auraient que peu de chance de réussite. Le procédé doit tout d'abord être bien compris. Deux points surtout doivent fixer l'attention : d'abord l'examen ophtalmoscopique de l'œil placé dans différentes positions; ensuite, le soin de libérer, en quelque sorte, le globe de ses enveloppes, afin de mettre en vue et dans une situation convenable, la région en arrière de l'équateur où le liquide de l'œil tend à se porter. »

Karl Grossman a fait paraître, dans l'*Opht. Review* d'octobre 1883, un nouveau procédé de traitement du décollement, qui consiste à injecter dans le corps vitré, après évacuation du liquide sous-rétinien par la ponction scléroticale, un quart de pouce d'une seringue hypodermique remplie d'une

solution tiède d'eau salée à 75°. En agissant ainsi, Grossman a pour but de faire augmenter la tension intra-oculaire, toujours abaissée dans le décollement. Le corps vitré, d'après les expériences de l'auteur, supporte fort bien la présence de substances indifférentes aux réactions chimiques, comme le verre et l'or. C'est en s'appuyant sur ces données qu'il n'a pas craint de faire des injections d'eau salée pour la cure du décollement.

Poncet, s'appuyant sur la physiologie du décollement, conseille l'iridectomie dans les cas de décollements spontanés. Si l'iridectomie agit en laissant filtrer l'humeur aqueuse à travers la cicatrice, elle doit trouver ici son application, non pas parce qu'elle établit directement une communication entre la chambre antérieure et les parties postérieures de l'œil, mais parce qu'il existe une imbibition temporaire à travers les procès ciliaires et la section, beaucoup plus marquée qu'à travers la cristalloïde et l'attache de la rétine.

L'influence bien démontrée de l'iridectomie dans les troubles du corps vitré, plaide bien en faveur de ce traitement pour le décollement spontané de la rétine. Pratiquée au début, l'iridectomie a plus de chances de réussir. Plus tard elle permettra de conserver quelques portions infiltrées et enrayera la dégénérescence colloïde. Dans tous les cas, elle aura pour but de s'opposer aux phénomènes sympathiques qui peuvent survenir.

En 1869, M. Fano appliquait pour la première fois l'iridectomie au traitement du décollement de la rétine. L'opération ne donna aucun résultat. Dix ans après cet ophtalmologiste reprenait la même opération (1), non pas tant dans le but de guérir le décollement, mais pour obtenir une amélioration

(1) *Journal d'oculistique*, septembre 1879.

de la vision. Voici quelle était la pensée de l'auteur : le sac rétinien décollé, flottant en arrière de la pupille, joue le rôle d'un écran par rapport à celle-ci. En faisant une nouvelle pupille aux dépens d'une portion d'iris à l'opposé du siège du décollement, les rayons lumineux peuvent arriver sur une portion de rétine saine. Les rares cas où les malades opérés de l'iridectomie par le Dr Badal ont accusé une certaine amélioration de la vision, malgré la persistance du décollement, pourraient bien ne pas reconnaître d'autre mécanisme. Dans ces cas le décollement siégeait à la partie inférieure de la rétine, et toutes les iridectomies faites par le professeur de Bordeaux, dans un but antiphlogistique, siègent à la partie supérieure et un peu interne.

Galezowski, en 1873 (2), pratiquait également l'iridectomie, voyant dans le décollement une affection de la choroïde, une sorte de cyclite séreuse partielle. Quelques légères améliorations furent obtenues.

Dransart ayant été amené à pratiquer une iridectomie sur un œil entièrement perdu pour la vision, douloureux, à tension élevée, et présentant un leucome avec synéchie antérieure, le tout compliqué d'un vaste décollement, vit cesser les douleurs et disparaître le décollement, et la malade récupérait en même temps une augmentation de l'acuité visuelle assez marquée.

En 1883, lorsque M. Dransart fit paraître ses premières observations, et établissait l'analogie qui existe entre le glaucome et le décollement, il ne se contentait pas d'instituer le traitement purement chirurgical. Sa méthode consistait dans les trois facteurs suivants : 1° iridectomie avec repos au lit ; 2° bandage compressif ; 3° usage modéré de la

(2) Galezowski, *Traité d'ophtalmologie*, 1886.

pilocarpine (quatre ou cinq injections par malade). De ces divers facteurs, l'iridectomie et le repos horizontal dans une chambre obscure sont ceux qui constituent les agents les plus puissants.

Depuis lors, le traitement purement chirurgical a été mis en pratique dans la clinique de Somain, et Bettremieux, élève de l'auteur, cite quatre observations (I) où l'iridectomie seule a procuré deux succès rapides et complets, un insuccès prévu et expliqué par l'ancienneté du décollement (treize mois), et enfin un quatrième cas où le résultat était nul après cinq semaines. Les observations relatées à la fin de ce travail, et où l'iridectomie a été le seul traitement employé, sont loin de fournir un appoint à la statistique des cas heureux obtenus par ce traitement.

(1) Bettremieux, *Archives d'ophtalm.*, 1886, p. 471.

CHAPITRE III

Pathogénie et traitement

Si l'on admet, avec la plupart des théories émises pour expliquer le décollement, que le retrait du corps vitré et son accolement à la rétine sont indispensables à la production du soulèvement de la membrane nerveuse, de toutes les médications préconisées, celles qui consistent à faire passer le liquide sous-rétinien dans le corps vitré ou bien à provoquer une déchirure qui rende l'affection stationnaire et empêche son extension nous semblent les plus rationnelles.

La ponction ainsi que le drainage semblent absolument insuffisants. Si l'on admet le retrait du vitreum, une fois le liquide évacué, rien n'oblige le corps vitré à reprendre sa place, l'allongement de l'axe antéro-postérieur qui a amené les changements des rapports de surface ne pouvant disparaître. Ces deux traitements peuvent jusqu'à un certain point, en évacuant le liquide sous-rétinien, soustraire les parties voisines du décollement à une imbibition qui modifie

leurs qualités, tout en leur enlevant la faculté de se détacher plus facilement. On pourrait ainsi s'expliquer les améliorations souvent marquées qu'ils ont produites.

Le traitement préconisé par Leber semble trop difficilement applicable pour pouvoir être mis en pratique. Quant à celui préconisé par M. Abadie, il peut donner d'excellents résultats, mais le tout est d'obtenir les adhérences de la rétine et de la choroïde.

En admettant avec Wolfe que l'épanchement de liquide sous-rétinien ne doit pas différer de celui des autres cavités séreuses, est-on en droit de le traiter de la même façon? Les épanchements des cavités séreuses ne sont pas dans tous les cas susceptibles d'un traitement radical, tel que la ponction. Il nous semble plus rationnel de chercher d'abord, comme le font MM. Dianoux et Boucheron, à traiter l'épanchement par un traitement tout médical, quitte plus tard à intervenir chirurgicalement dans le cas où le premier traitement aurait échoué.

Quant à l'iridectomie, nous l'envisageons à l'exemple de Fano, comme une saignée locale, qui doit être considérée comme un adjuvant précieux. Elle n'agit donc pas, à notre point de vue, au même titre que dans le glaucome. Si dans le glaucome les troubles circulatoires existent, ils ne sont point de même nature que dans le décollement. Dans ce dernier ils sont d'ordre inflammatoire.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Ces observations ont été empruntées au registre de la clinique du professeur Badal. Nous avons cru devoir les faire suivre de deux autres observations empruntées l'une à Warlomont et l'autre à M. Brailey.

Observation I

Le 6 janvier 1886. — Michaud (Alex.), vingt ans. Pas de myopie. Décollement étendu de la rétine remontant à un mois. A eu une légère attaque de rhumatisme. Le décollement occupe l'œil droit et est situé dans la portion inféro-interne de la membrane.

Le 11 janvier 1886. — Large iridectomie.

Huit jours après l'opération, le malade prétend y voir d'une façon plus nette. Examiné en ce moment à l'ophtalmoscope, le

décollement semble être le même. Les troubles seuls du corps vitré qui existaient avant ont presque complètement disparu. Le malade quitte la clinique. Examiné le 27 du même mois, on découvre une large déchirure de la rétine et le mieux, accusé au début par le malade, a totalement disparu.

Observation II

16 novembre 1885. — Poueydebat (Marie), quarante-six ans, domestique. Décollement depuis cinq mois. Myopie héréditaire. La malade a été, pendant trois semaines, soumise à des injections de pilocarpine sans aucun résultat. Le 16 novembre 1885, on pratique l'iridectomie. L'examen ophtalmoscopique, pratiqué seulement le 27 du même mois, montre un trouble postérieur du corps vitré et le décollement semble avoir disparu. Revu à l'ophtalmoscope le 5 décembre, le décollement s'est reproduit flottant.

Observation III

5 mars 1886. — Sabouraud, soixante-un ans, maçon. Pas de myopie. Décollement étendu de la rétine remontant à deux mois. Iridectomie. Pas la moindre amélioration. Le décollement est resté stationnaire.

Observation IV

7 mai 1886. — Suraud (Jean), trente et un ans, manœuvre. Décollement myopique, œil droit, en bas et en dehors. Iridectomie. Résultat nul.

Observation V

Dupuy. Décollement remontant à un mois, avec troubles du corps vitré. Pas de myopie. — Antécédents rhumatismaux. Iridectomie. Le lendemain, léger hypohæma, qui disparaît deux jours après. Le malade a été opéré le 22 octobre 1886. Il accuse, le 28 du même mois, un mieux sensible. Examiné à l'ophtalmoscope, les troubles du corps vitré se sont sensiblement améliorés, mais le décollement est resté le même. Sort douze jours après l'opération et n'a pas été revu depuis.

Observation VI

12 juillet 1886. — Michaud (Alex.), vingt ans. Décollement remontant à un mois et demi. A eu une légère attaque de rhumatisme. A déjà été opéré de l'œil gauche. (Voir obs. I.) Trouble manifeste du corps vitré. Iridectomie. Quatre jours après, le malade accuse un mieux sensible et distingue mieux les doigts. Examiné à l'ophtalmoscope, on n'aperçoit plus le décollement, mais un trouble des milieux assez marqué, qui masque confusément la pupille et pourrait être la cause de l'empêchement à distinguer le décollement. Le 23, examen ophtalmoscopique. On aperçoit une portion du décollement à la partie inférieure et les troubles du corps vitré se sont singulièrement amendés. Le malade accuse toujours un mieux sensible, n'y voit pas plus loin, dit-il, mais croit y voir plus clair.

Observation VII

21 février 1886. — Moulniney (Pierre), trente-six ans. Perte de l'œil droit, il y a trois mois, à la suite de traumatisme. Enucléation. Décollement de la rétine d'origine myopique, à gauche, en bas et en dedans, depuis environ deux mois. Iridectomie. Le surlendemain, le malade accuse une amélioration marquée de la vision. Ne compte cependant pas mieux les doigts, mais dit y voir plus nettement. Le malade n'a pas été revu.

Observation VIII

(Brailey. — Ann. oculistiques 1883.)

Un homme passant sous un tunnel dans une position penchée gagna un décollement. Le fait eut lieu il y a quatorze ans. Brailey, supposant que l'affection pouvait être due à une hémorragie, fit une iridectomie supérieure.

A la suite de cette opération l'acuité visuelle s'améliora et le champ visuel augmenta en étendue; après il fit une ponction sclérale et il optint la guérison complète.

Observation IX

(Warlomont. — Ann. oculistiques 1886.)

M. B. C..., soixante ans. Œil droit. Décollement partant de la partie supérieure et occupant tout le champ de la pupille.

Vision perdue depuis un temps qu'il ne peut préciser, elle est complètement abolie; il aperçoit cependant encore faiblement la lueur d'une lampe promenée au-devant du front. L'iris tremblote aux mouvements de l'œil. La tension du globe est au-dessous de la normale.

Œil gauche — Rétinite séreuse.

« Il n'y avait pas de quoi fonder de grandes espérances sur le résultat, dit l'auteur. Au lieu d'avoir été pratiquée sur un œil dur, l'opération l'avait été sur un œil mou, devenu plus mou encore par l'iridectomie et par la perte d'humeur vitrée qui l'avait accompagnée. Si donc, la théorie de M. Dransart, reposant sur la condition de la pression intra-oculaire, était fondée, il n'y avait qu'à s'attendre à un échec complet. »

L'opération fut faite; quatre jours après on enlève le pansement; le malade voit les personnes qui l'entourent, il compte les doigts à un mètre de distance. Injections de pilocarpine au nombre de sept.

Situation du malade après huit jours de traitement : L'œil droit lit l'échelle de Wecker n° 7 avec + 4.

CONCLUSIONS

Le mécanisme du décollement rétinien doit être multiple; les faits anatomo-pathologiques et les expériences souvent contradictoires montrent bien que le jour est loin d'être fait sur la question.

Les différents traitements employés ont donné lieu à des observations dont le nombre est trop restreint pour que l'on puisse conclure en faveur de l'un d'eux.

Le traitement du décollement par l'iridectomie seule, n'a donné à la clinique ophtalmologique de Bordeaux aucun résultat satisfaisant. Considérant l'iridectomie comme une simple saignée locale, nous croyons que l'adjonction d'autres moyens doit lui être souvent indispensable.

Vu et approuvé :

Le Président de la Thèse,
Dr BADAL.

Le Doyen,
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 23 février 1887.

Le Recteur de l'Académie,
H. OUVRÉ.

Bordeaux. — Imprimerie O.-L. FAVRAUD, 91, rue Porte-Dijeaux.